



Marzo 2019 - ISSN: 1988-7833

TÍTULO: INTEGRALIDADE EM SAÚDE, SAÚDE COLETIVA, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL PARA A TRANSFORMAÇÃO DO SUS

Angela Carla Ghizoni¹

Fisioterapeuta. Endereço para correspondência: Rua Hirto Luiz Melegari, 480 Bairro: Sagrado Coração de Jesus. Lages – SC. CEP: 88508-395 E-mail angela.fisiosaude@gmail.com. Contato telefônico: (49) 999153443

Marina Patrício de Arruda²

Professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC. E-mail: profmarinh@gmail.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Angela Carla Ghizoni y Marina Patrício de Arruda (2019): "Integralidade em Saúde, Saúde coletiva, sistema único de Saúde e formação em fisioterapia: uma relação possível para a transformação do sus", Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (marzo 2019). En línea: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2019/03/integralidade-saude.html>

Resumo

A pesquisa bibliográfica torna-se importante por permitir ao pesquisador a cobertura ampla do assunto que deseja pesquisar. Nesse sentido, este estudo se vale da estratégia de revisão bibliográfica tendo como objetivo discutir a importância da relação entre saúde coletiva, integralidade em saúde e a formação em fisioterapia para a transformação do SUS. Esta pesquisa se desenvolveu a partir da estratégia metodológica de revisão de literatura em livros e pela base de dados da biblioteca virtual de Saúde na América Latina e Caribe – LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS; MEDLINE, SCIELO e GOOGLE ACADÊMICO. A busca por artigos se concentrou no período entre 2002 até 2018, e resultou em 124 textos para os descritores que relacionavam "Integralidade em Saúde, Saúde coletiva, Sistema Único de Saúde e Formação em Fisioterapia". Dos textos encontrados, 36 foram selecionados, cuja leitura tornou-se importante para a análise. Concluiu-se que a Fisioterapia se relaciona ao Sistema Único de Saúde (SUS) para compartilhar de uma concepção de saúde ampliada. Assim, para formar um profissional capacitado a atuar no SUS, medidas foram adotadas como inserção dos acadêmicos na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde – UBS.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde, Saúde coletiva, Sistema Único de Saúde e formação em fisioterapia

Abstract

Bibliographic research becomes important because it allows the researcher the broad coverage of the subject he wishes to research. In this sense, this study draws on the literature review strategy aiming to discuss the importance of the relationship between collective health, integrality in health and training in physiotherapy for the transformation of SUS. This research was developed based on the methodology of literature review in books and by the Virtual Health Library in Latin America and the Caribbean database - LILACS, Virtual Health Library - VHL; MEDLINE, SCIELO and ACADEMIC GOOGLE. The search for articles focused on the period between 2002 and 2018, and resulted in 124 texts for the descriptors that related "Integrality in

Health, Collective Health, Unified Health System and Training in Physiotherapy". Of the texts found, 36 were selected, whose reading became important for the analysis. It was concluded that Physical Therapy relates to the Unified Health System (SUS) to share an expanded health conception. Thus, in order to train a qualified professional to work in the SUS, measures were adopted as insertion of the academics in primary care in Basic Health Units - UBS.

Keywords: Health Integrality, Collective health, Unified Health System and physical therapy training.

Resumen

La investigación bibliográfica se vuelve importante por permitir al investigador la cobertura amplia del asunto que desea investigar. En este sentido, este estudio se vale de la estrategia de revisión bibliográfica teniendo como objetivo discutir la importancia de la relación entre salud colectiva, integralidad en salud y la formación en fisioterapia para la transformación del SUS. Esta investigación se desarrolló a partir de la estrategia metodológica de revisión de literatura en libros y por la base de datos de la biblioteca virtual de Salud en América Latina y el Caribe - LILACS, Biblioteca Virtual en Salud - BVS; MEDLINE, SCIELO y GOOGLE ACADÉMICO. La búsqueda por artículos se concentró en el período entre 2002 hasta 2018, y resultó en 124 textos para los descriptores que relacionaban "Integralidad en Salud, Salud colectiva, Sistema Único de Salud y Formación en Fisioterapia". De los textos encontrados, 36 fueron seleccionados, cuya lectura se hizo importante para el análisis. Se concluyó que la Fisioterapia se relaciona al Sistema Único de Salud (SUS) para compartir una concepción de salud ampliada. Así, para formar un profesional capacitado para actuar en el SUS, medidas fueron adoptadas como inserción de los académicos en la atención primaria en Unidades Básicas de Salud - UBS.

Palabras clave: Integralidad en Salud, Salud colectiva, Sistema Único de Salud y formación en fisioterapia

Introdução

O tema Saúde Coletiva nasceu no contexto das correntes de pensamento marxistas e estruturalistas, fazendo parte de um movimento social muito mais amplo. Atualmente, novas abordagens teóricas e metodológicas e novas disciplinas vêm contribuindo para dar maior abrangência à conceituação de saúde e de doença e para a adequação de um sistema de saúde que atenda às necessidades e aspirações da população (MINAYO, 2006).

A ampliação do olhar em relação à saúde funcional da população, vinculada à facilidade do acesso às modalidades terapêuticas desenvolvidas pela fisioterapia nos locais onde o profissional está inserido na estratégia de saúde da família, além de inovador, traz benefícios e traduz o empenho de todos os atores envolvidos no processo – gestores, profissionais e comunidade –, visando o desenvolvimento de uma assistência à saúde realmente integral.

O fisioterapeuta preparado para trabalhar na saúde coletiva, traz relevantes contribuições para a resolução dos problemas de saúde da população. Ele atua, inserindo-se nas equipes de cuidados de saúde, permitindo expandir as possibilidades inovadoras de práticas de cuidados e aumentando o potencial de resolução. Embora, nos últimos anos, tenha aumentado, é baixo o interesse dos fisioterapeutas em atuar na saúde pública, em estudar pós-graduação na área de saúde pública, bem como a ampla atuação desses profissionais em clínicas privadas, onde a prestação de serviços a pacientes SUS ocorre através de contratos. Nesse mesmo contexto pesquisas que relacionam a formação do fisioterapeuta e a saúde

pública ainda são poucas, comparadas aquelas sobre as práticas centradas na doença, biologicistas (FERREIRA e REZENDE, 2016).

Metodologia

Esta pesquisa se desenvolveu a partir da estratégia metodológica de revisão de literatura pela base de dados da biblioteca virtual de Saúde na América Latina e Caribe – LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS; MEDLINE, SCIELO e GOOGLE ACADÊMICO e livros impressos. A busca por artigos se concentrou no período entre 2002 até 2018, e resultou em 124 textos para os descritores que relacionavam “Integralidade em Saúde, Saúde coletiva, Sistema Único de Saúde e Formação em Fisioterapia”. Dos textos encontrados, 36 foram selecionados, cuja leitura tornou-se importante para a análise. Os textos selecionados que foram utilizados neste estudo estão inseridos na revisão. Os critérios utilizados para exclusão foram os textos disponibilizados de forma incompleta para leitura ou que não tivessem correlação entre, pelo menos, dois dos descritores.

A pesquisa bibliográfica é entendida como “a revisão da literatura sobre as principais teorias que norteiam o trabalho científico”. Dessa forma, faz-se um levantamento bibliográfico ou revisão, a qual, segundo as autoras, “pode ser realizada em livros, periódicos, artigo de jornais, sites da Internet entre outras fontes” (PIZZANI, 2012, p.02).

A pesquisa bibliográfica, para Gil (2002, p.04) tem uma grande vantagem por “permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”. O autor comenta ainda que essa vantagem “torna-se particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço”. Em se tratando de estudos históricos, em que há necessidade de recorrer aos documentos antigos publicados, a melhor maneira é fazê-lo com base em dados bibliográficos.

3.1 Saúde coletiva, formação profissional e o SUS

Para operacionalizar o conceito de Integralidade em Saúde faz-se necessário refletir, inicialmente, sobre a formação dos profissionais da saúde. E não é possível falar em formação acadêmica sem citar os modelos de ensino que influenciaram e ainda hoje se fazem presentes nos cursos de graduação em fisioterapia. Primeiramente, abordou-se a história da saúde coletiva, os modelos de ensino médico que serviram de base para o currículo dos outros cursos de formação em saúde e, por fim, o sistema de saúde vigente no país – o SUS.

Rosen (2006) ao estudar a saúde pública, revela que os povos antigos já demonstravam preocupações com a doença e os primeiros sinais dessa preocupação foram encontrados em uma múmia, do ano 1000 a.C, aproximadamente, examinada por Ruffer que atestou sinais de varíola. Munidos de religiosidade, os egípcios, por exemplo, responsabilizavam os deuses por causarem doenças quando estavam irritados e por extingui-las quando se acalmavam.

Na Grécia, século V a.C., os médicos atribuíam a falta de saúde à desarmonia entre o homem e a natureza; para esses profissionais, no modo ideal de vida, equilibravam-se nutrição, excreção, exercício e descanso, sendo necessário ainda levar em conta, para cada indivíduo: a idade, o sexo, a constituição e as estações. Roma, no século II d.C, deixou como legado o conhecimento de suprimento de água e o hospital. A criação de um sistema público de saúde também foi obra dos romanos e sobreviveu à ruína desse império (ROSEN, 2006).

A Lepra (que teve início no séc VI, pico assustador no séc XIII e só perdeu a sua importância no séc XVI) e a Peste Bubônica ou “Peste Negra” (há registros da peste entre os séculos VI e XIV) tiveram grande relevo na saúde pública da Idade Média. O isolamento das pessoas contaminadas pela doença ou a chamada “quarentena” foi a medida de prevenção criada pelos povos antigos para controlar enfermidades infecto-contagiosas, medida esta utilizada até hoje e que, portanto, teve fundamental contribuição à prática da saúde pública (ROSEN, 2006).

Séculos mais tarde, XVII e XVIII, são registrados avanços na saúde pública como a descoberta do microscópio. Nesse período usava-se o poder de política e a coerção para obrigar, aos indivíduos sadios, hábitos saudáveis, e aos enfermos, o isolamento. Mais tarde, decorrentes da Revolução Industrial, surgem problemas sociais e para o seu enfrentamento emergiram os conceitos de medicina social e saúde pública que relacionavam saúde com condições de vida. Rudolf Virchow, patologista, realizou um estudo sobre a epidemia de Tifo na Prússia e foi considerado precursor da Promoção da Saúde, por conceber a saúde em seu conceito amplo (WESTPHAL, 2007).

No Brasil, com a vinda da corte portuguesa em 1808, surgiram as primeiras escolas de medicina, em 1813 no Rio de Janeiro e em 1815 na Bahia. Essas academias funcionavam como órgão consultivo do Imperador nas questões ligadas à saúde pública nacional. Nesse período surgiu também a Junta de Higiene Pública que se mostrou ineficaz no que diz respeito a cuidar da saúde da população (BERTOLLI FILHO, 2004).

Os governos republicanos elaboraram minuciosos planos de combate à varíola, à febre amarela e a outros males da época, criando, assim, uma “política de saúde” que precisaria se articular com os projetos e diretrizes governamentais voltados para outros setores da sociedade como educação, alimentação, habitação, trabalho e transporte. No conjunto a presença e atuação do estado nessas áreas são denominadas como política social (BERTOLLI FILHO, 2004).

O diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, Oswaldo Cruz e o prefeito da cidade, o engenheiro Pereira Passos, comandaram uma profunda reforma urbanista e sanitária na então capital da República, Rio de Janeiro, entre 1902 e 1906. A partir daí, os óbitos por doenças epidêmicas no espaço carioca diminuíram (BERTOLLI FILHO, 2004).

A obrigatoriedade da vacinação contra a varíola foi aprovada pelo Congresso Nacional diante da insistência de Oswaldo Cruz, entretanto a população assustada por nunca ter passado por este processo e por desconhecer o material utilizado na imunização, reagiu contra o programa de vacinação. Em detrimento disso, surgiu a Liga contra a Vacina

Obrigatória, tendo a sua frente os políticos Lauro Sodré, Barbosa Lima e Vicente de Souza e no dia 10 de novembro de 1904 começaram os confrontos entre populares e policiais. Com a ocupação do bairro da Saúde no final do dia 16 por forças da polícia e do exército e consequente prisão dos líderes populares, finalizou-se a Revolta da Vacina (BERTOLLI FILHO, 2004).

No final do século XIX e início do século XX surge a chamada “era bacteriológica”, época em que a ideia da natureza biológica da doença sobressai e que a saúde é definida como a ausência de doença, esta, por sua vez, tem uma só causa: um germe. Esse período foi marcado pelo mecanicismo, unicausalidade, o biologicismo e a especialização (WESTPHAL, 2007) e nele surgem as bases para o complexo médico-industrial com lucros imensos sobre as doenças e uma forte pressão para que as instituições implantem a “medicina científica”.

Abraham Flexner, no referido período, fez uma investigação nas escolas médicas, a pedido da John’s Hopkin’s University, e elaborou o Relatório Flexner, no qual recomendou o currículo de quatro anos, dividido em dois anos para o ensino básico e dois anos para o ensino hospitalar. Após sua publicação, foram fechadas cerca de cinquenta escolas médicas nos EUA que não se adequavam ao modelo proposto pelo citado pesquisador (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Flexner entendia a doença como processo biológico e considerava o hospital como centro de transmissão do conhecimento, postura “assumidamente positivista” para Pagliosa e Da Ros (2008, p.496), por considerar “o método científico como forma legítima de produzir conhecimento”.

O modelo de ensino centrado na unicausalidade, biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado, positivista chega ao Brasil através de dois professores da Faculdade de Medicina de São Paulo, que se especializam em Saúde Pública nos EUA e voltam com o intuito de fundar uma faculdade de Saúde Pública, financiados pela Rockefeller Foundation, um dos pilares do modelo capitalista norte-americano (DA ROS, 2006).

A partir daí, escolas médicas foram criadas e os currículos das já existentes foram adaptados ao novo modelo de ensino. Após dez anos de forte repressão militar e com a primeira crise internacional do petróleo, com consequência para os países capitalistas dependentes, surgem movimentos contra a ditadura militar e, na área da saúde, contra-hegemonia ao *modelo flexneriano*, contra o complexo médico-industrial e em defesa de um sistema de saúde hierarquizado com práticas curativas e preventivas articuladas e sob um único comando ministerial. São vários movimentos espalhados pelo país que, reunidos, formam o Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário (DA ROS, 2006).

Nesta época, a Saúde Pública iniciou uma trajetória de transformações históricas tornando-se tema de questionamentos, análises e propostas de movimentos sociais, políticos, sindicais e comunitários. Uma das mudanças foi a troca do termo *público* por *coletivo*, visando chamar a sociedade para a transformação de uma área que era praticamente dominada pela corporação médica e mais excluía do que incluía a população (MINAYO, 2006).

A partir da metade do século XX intensificam-se os conflitos étnicos, a agressão ao meio ambiente, a deterioração do espaço urbano, a exacerbação da violência e o desrespeito aos direitos humanos (MACEDO, 1992). No caso da saúde, ampliou-se a discussão sobre a extensão de cobertura dos serviços envolvendo também o direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos de saúde. Na década de oitenta, a opção pelo neoliberalismo e pelo “estado mínimo” comprometeu o âmbito institucional conhecido como saúde pública e novos paradigmas foram necessários para a compreensão do “campo da saúde pública”. No caso específico da América Latina, observa-se a emergência nos últimos vinte anos de um campo que se designou como Saúde Coletiva (PAIM, 1986).

Entretanto, este é um campo que vem se constituindo a partir da intensificação de fecundos diálogos com a saúde pública e com a medicina social, permitindo uma delimitação sempre provisória enquanto campo de conhecimento e âmbito de práticas. Neste sentido, a saúde coletiva contribui ao estudar e investigar o fenômeno saúde/doença em populações como processo social, analisando as práticas de saúde e buscando compreender as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde e se organiza para enfrentá-los (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998).

A saúde coletiva é uma maneira abrangente de pensar saúde, não limitando o olhar apenas nas possíveis doenças, diagnósticos, tratamentos e práticas preventivas. Como menciona CAMPOS (2000, p11) precisa-se “investir não somente dimensão corporal dos sujeitos conforme tradição da saúde pública (vacinação, por exemplo), mas também pensá-los como cidadãos de direito e donos de uma capacidade crítica de reflexão e de eleição mais autônoma de modos de levar a vida”.

O Sistema Único de Saúde como fruto do movimento pela reforma sanitária define-se, a partir da Lei 8080, Art. 4º, como “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e pelas fundações mantidas pelo poder público” (BRASIL, 1990). Na opinião de Vasconcelos e Pasche (2006, p.531), o SUS é “o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes dessa política”.

As ações programáticas estratégicas desenvolvidas na atenção primária brasileira visam assegurar uma rede holística de cuidados de saúde proporcionando iniciativas sociais e intervindo em fatores de risco à saúde da população. Nesse contexto, o estudo realizado por Silveira Filho *et al* (2017) reafirma a importância do Sistema Único de Saúde como Política que apoia e promove o bem-estar de todos os cidadãos. Precisa-se fortalecer a atenção básica para assim garantir a consolidação dos princípios do SUS.

Hoje, o SUS é uma política pública que completa pouco mais de duas décadas e meia de existência. Segundo dados contidos na portaria 399 GM, que Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto, o SUS tem uma rede de

mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos (BRASIL, 2006, p. 01).

Face ao exposto, tendo em vista a consolidação desse sistema é que as instituições de ensino precisam investir em ações e práticas curriculares de modo a favorecer a vivência dos estudantes de fisioterapia em contextos reais de saúde aliando assim o conhecimento teórico ao prático.

3.2 Integralidade em saúde

As Conferências Nacionais de Saúde – CNS, fruto do movimento pela Reforma Sanitária, foram percursoras para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, na tentativa de garantir uma assistência integral ao indivíduo, através dos princípios e diretrizes que o regem. Entretanto, para que isso se concretize, os trabalhadores em saúde precisam utilizar as informações disponíveis nos relatórios das CNS, que consideram os fatores ambientes e condições de vida como variáveis de saúde, para gestão do cuidado. Essa visão ampliada só será possível, através de mudanças curriculares, do desenvolvimento da educação permanente em saúde e da utilização de práticas profissionais voltadas à identificação dos riscos ambientais (STEDILE et al, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), os princípios preconizados pelo SUS, Lei 8080/90, são os seguintes:

1. Universalidade e equidade;
2. Integralidade;
3. Regionalização, hierarquização e resolutividade;
4. Descentralização;
5. Participação.

Entre os princípios do SUS está a integralidade. Esta pode ser vista como uma imagem-objeto, com vários sentidos, dentre os quais destaca-se: a integralidade vista como ações integradas de promoção e prevenção na atenção à saúde e articulação com ações curativas e reabilitadoras; como acesso a diversos níveis de atenção e como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas; como crítica à atitude profissional fragmentária, como crítica a um serviço que privilegia a especialização e segmentação e como crítica à atitude médica reducionista ou à formação de base *flexneriana* (KELL, 2007).

De acordo com a Lei 8080, Art.7º, as ações e serviços públicos de saúde e os privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos princípios do SUS (BRASIL, 1990). Dentre os princípios citados na referida Lei destaca-se a integralidade de assistência, abordada neste estudo e entendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis do sistema” (BRASIL, 1990, Art.7º, Item II). Neste enfoque não são mencionadas ações de promoção da saúde, item importante para o atendimento integral ao paciente.

Já nos objetivos da Regionalização citados no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006, p.06) está a garantia da integralidade da atenção à saúde, ampliando o conceito de “cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema”.

A proposta para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde deve começar pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica, somando-se a todas as outras ações assistenciais. Uma complexa trama de atitudes, de procedimentos, de rotinas e de saberes em um processo de complementação, compõe o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores (MERHY, et al 2004).

Os sistemas integrais de saúde deveriam atender a algumas premissas básicas como: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia da atenção em todos os níveis da complexidade da assistência, a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação e a abordagem integral do indivíduo e da coletividade (CAMPOS, 2003).

A integralidade pode ser vista como uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo” e, portanto, como alerta Mattos (2001, p. 2):

Toda imagem objetivo é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos. Sentidos correlatos, sem dúvida, posto que forjados num mesmo contexto de luta e articulados entre si. Mas sentidos distintos, que possibilitam que vários atores, cada qual com suas indignações e críticas ao que existe, comunguem estas críticas e, pelo menos por um instante, pareçam comungar os mesmos ideais. Mais importante do que isso, uma imagem objetivo não diz de uma vez por todas como a realidade deve ser. Ela traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que têm em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual (que almejamos transformar). Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, prenhe de sentidos. Nessa perspectiva, a pergunta - o que é integralidade - talvez não deva ter resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa.

Considerando que as experiências acerca da Integralidade acontecem aqui e acolá, e que ainda não ganharam um conceito, é oportuno, como diz o autor supracitado, dedicar maior atenção ao exame das práticas que se constituem na direção da integralidade.

Integralidade: Utopia ou realidade? Alguns podem considerar a visão da integralidade como utópica, mas para Mattos (2004, p. 1415), “uma série de propostas de mudança nas práticas e nos arranjos dos serviços caminha no sentido da concretização da integralidade”. A idéia de que os usuários que necessitam de um atendimento não podem sair do sistema sem uma resposta concreta, a escuta atenta por parte de todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde, as flexibilizações das rotinas sobre os fluxos de usuários, as ideias de clínica ampliada, enfim, uma série de experiências já concretiza essa aparente utopia. Como também há muitos profissionais que mesmo sem uma formulação teórica da proposta, ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a integralidade no seu cotidiano, ou seja, a integralidade diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real em um horizonte temporal definido (MATTOS, 2004). Concorde-se, portanto, com o autor ao considerar a integralidade como um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam ao ideal de uma sociedade mais justa e solidária.

De qualquer forma, esta diretriz tem sido utilizada para designar um dos princípios do SUS, porém, mesmo sendo consagrado pela Constituição, esse princípio ainda encontra dificuldade de ser concretizado na prática. Para Camargo Júnior (2003), a integralidade seria uma rubrica conveniente para o agrupamento de tendências de conhecimento e políticas com uma ligação entre si.

O autor acima questiona sobre a possibilidade de um tipo de atenção que se dirija à totalidade do ser humano, sem perder a autonomia, a partir de uma medicalização também integral. Além desse desafio, aponta para o fato de que o modelo teórico-conceitual é um forte obstáculo para a proposta de integralidade, pois a ênfase biologicista que fragmenta saberes e práticas, opondo-se aos modelos da integralidade.

No Brasil, esse termo fez parte das propostas de reforma desde o início da década de 1980. Surgiu em programas abrangentes para grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM -, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança - PAISC), sendo finalmente assumida como diretriz para a organização do SUS no atual Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF em 2002.

Para Mattos (2003), a integralidade no Brasil tem assumido vários sentidos: como um traço da boa medicina; como um modo de organizar as práticas e como políticas especiais desenhadas para dar respostas a determinados problemas de saúde que afligem grupos populacionais específicos. A Medicina Integral, de base *flexeneriana*, se consolidou como movimento constitucionalizado e organizado, mas, para produzir uma postura integral, seria necessário superar os limites da racionalidade médica (anatomopatológica).

Se, porém, a integralidade, a acessibilidade, a equidade e a resolutividade dos serviços de saúde se encontram presentes nas propostas oficiais, o que se observa na prática dos serviços são ações isoladas. De qualquer forma, este termo, no sentido mais amplo,

implica uma recusa ao reducionismo e à transformação dos sujeitos em objeto e remete à afirmação da abertura para o diálogo.

3.3 Formação em fisioterapia

Em 13 de outubro de 1969, o fisioterapeuta foi reconhecido como profissional de nível superior através do Decreto Lei nº. 938/69 que, em seu artigo 3º, descreve como atividade do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (REZENDE, 2005). Por ser uma das profissões que teve seu início nas grandes guerras aonde existiam muitas sequelas de doenças, a fisioterapia tem seu campo ocupacional voltado às ações curativas, de reabilitação. Este aspecto juntamente com uma formação voltada a atendimentos individuais e ações ambulatoriais ou hospitalares, situa a fisioterapia historicamente na média e alta complexidade e pequenas concentrações de profissionais na atenção básica (COSTA et al, 2012).

Através das Resoluções COFFITO nº 08 (que aprova normas para habilitação ao exercício da profissão) e nº 80 (baixa Atos Complementares à Resolução nº 08), foi possível perceber a busca, por parte da área de Fisioterapia, pela ampliação do seu campo de ação, acompanhando, no período pré-SUS, o movimento da reforma sanitária em prol da redefinição da política de saúde brasileira (REZENDE, 2005).

Para atender às políticas de saúde, é importante formar profissionais capazes de interagir em equipe, sendo que as principais competências do profissional da saúde são a atuação multiprofissional e integrada contínua com os demais profissionais da área da saúde, o conhecimento dos problemas políticos e sociais que afligem o país, principalmente os relacionados à comunidade onde atua e ações de proteção, prevenção e recuperação tanto individual quanto coletiva. Isso levará a qualidade nos atendimentos, tornando o profissional humanizado, seja qual for sua área de atuação (GAVA, 2004).

Para Barros (2002, p.7)

Mais do que curar pessoas, é preciso criar condições necessárias para que a saúde se desenvolva. E quem poderia ser mais indicado que o profissional que se dedica ao estudo do movimento humano, das funções corporais, do desenvolvimento das potencialidades, atividades laborativas e da vida diária, entre outros, e tudo isso privilegiando a utilização de recursos da natureza e do próprio corpo humano? Para transformar a cruel realidade brasileira é preciso saber mais do que curar.

Esses profissionais são capazes de agir na promoção da saúde e prevenção e não somente na cura das enfermidades, basta serem preparados para o desempenho de tais atividades.

A ciência moderna deu destaque à ilusão da infalibilidade. Seguindo métodos fundamentados na redução em partes tanto do sujeito como do objeto. Os princípios da

redução fundamentam o que Morin (1992) chama de “paradigma da simplificação”, por reduzir o saber complexo a um saber simplificador e linear. Por sua vez, Santos (2000) propõe um novo paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente sugerindo, como Morin, uma racionalidade complexa capaz de juntar o que a racionalidade científica moderna separou. A formação técnica prioriza o domínio das partes e de especialidades, o que significa o não favorecimento do entendimento global, uma vez que “[...] desune e compartimenta os saberes, tornando cada vez mais difícil sua contextualização.” (MORIN, 2004, p. 41).

Essa lógica de formação reducionista se contrapõe à perspectiva formativa integral do ser humano e a realização das condições humanas como ser humano de inteireza. A contrariedade da proposta de formação instrucionista e técnica “[...] Pode também cegar e conduzir a uma exclusão tudo aquilo que não seja quantificável e mensurável, eliminando, dessa forma, o elemento humano do humano, isto é, paixões, emoções, dores e alegrias.” (MORIN, 2004, p. 42). O princípio de formação voltado à técnica e interesses mercadológicos “[...] leva naturalmente a restringir o complexo ao simples. Assim, aplica às complexidades vivas e humanas à lógica mecânica e determinista da máquina artificial.” (MORIN, 2004, p. 42).

A formação voltada prioritariamente ao caráter técnico não permite a compreensão da multidimensionalidade do ser humano que é a um só tempo biológico, social e cultural. A proposta de formação fundamentada na aprendizagem instrucional pode ser mecanicamente eficiente, mas acaba por consolidar um saber científico que prioriza a especialização (tecnologias, industrialização). Para Morin (2004), entre os problemas da formação técnico-científica encontra-se a fragmentação promovida pela especialização fechada que desune, dificultando sua contextualização. Os conhecimentos especializados são formas de abstrair do objeto o seu conjunto, rejeitando a intercomunicação dos laços que os unem ao todo. O compartilhamento dos saberes implica princípios de redução que restringem o complexo ao simples. Ao problematizar tais questões, procura-se inserir o objeto e o sujeito dessa pesquisa considerando que uma investigação se faz com rigor e com sentido.

A criação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - (Pró-Saúde) a partir de 2005 possibilitou repensar a formação profissional com base no SUS, favorecendo mudanças curriculares sob três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica – com o objetivo de fortalecer a integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde, com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

Uma das importantes estratégias para adoção de práticas mais integrais durante o processo de formação acadêmica dos profissionais de saúde é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PETSÁUDE. O programa tem o intuito de auxiliar para uma formação com “perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira” (BRASIL, 2010). Dessa maneira, o PET é uma oportunidade

para profissionais, graduandos e pós-graduandos ter contato com a saúde da população, pois o pressuposto do programa é a educação pelo trabalho, de forma a qualificar o serviço dos profissionais pela experiência, na prática.

A implantação desses programas são alternativas que possibilitam direcionar a formação voltada ao coletivo, às necessidades da população, sejam elas sociais, econômicas ou culturais, desvinculando a formação centrada na assistência individual para uma mais direcionada à coletividade e às necessidades sociais, históricas, econômicas e culturais da população (GAUER et al, 2017) sendo um facilitador para implantação da integralidade em saúde na formação do fisioterapeuta.

Na resolução 559 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), é mencionado que o fisioterapeuta deverá estar comprometido com o Sistema Único de Saúde, tendo como propósito “a saúde funcional do indivíduo e da coletividade, nas diferentes complexidades, mediante a análise contextualizada dos fatores pessoais e ambientais nas situações que envolvem o processo saúde-doença”. Para tanto, o profissional deverá realizar atividades de educação em saúde e educação popular, instrumentalizando os indivíduos/famílias/comunidades, respeitando o contexto pessoal, ambiental e sociocultural, para o empoderamento e o autocuidado de seus problemas de saúde (BRASIL, 2017).

Considerações Finais

Saúde coletiva é um termo mais recente que a saúde pública. Há diferenças importantes entre estas terminologias. As universidades precisam inserir esse tema para garantir ao futuro profissional o conhecimento adequado sobre o funcionamento do SUS, não se pode ignorar a existência desses conceitos. É relevante se estudar, durante a formação acadêmica, a saúde da coletividade, mas especificamente considerando o processo saúde doença da população e os fatores que determinam esse processo para poder atuar seja no serviço público ou privado.

Para se conseguir formar um profissional capacitado a atuar no SUS, medidas foram adotadas como inserção dos acadêmicos na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde – UBS, em concordância com o que prevê as diretrizes curriculares, “integrando trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade” (Seriano, Muniz e Carvalho, 2013, p.253).

A intercomunicação entre profissionais de saúde, professores de cursos de graduação e comunidade é fundamental para que se obtenha a substituição do modelo biomédico (ainda presente nos cursos de graduação) para o modelo ampliado de saúde (MARCO, 2006). E, especialmente, para os profissionais da saúde ressalta-se “a importância da formação profissional e da educação permanente como duas das várias dimensões que configuram o exercício profissional como uma prática socialmente construída” (GHIZONI, ARRUDA e TESSER, 2010, p. 825).

Os professores exercem papel importante na formação dos futuros profissionais de saúde. Lembrando Freire (1996, p.23) “não há docência sem discência ” e apesar das diferenças entre os sujeitos, “quem ensina aprende a ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. A construção de uma identidade dos discentes baseia-se em interações sociais com o corpo docente e é moldada por valores e normas aprendidas no currículo formal e informal. Em detrimento disso, os educadores podem proporcionar aos seus alunos *feedback* avaliativo e estar aberto a novos saberes e novas práticas considerando as experiências e vivências trazidas pelo acadêmico para a construção da sua identidade profissional (PRATO, 2013).

A Fisioterapia se relaciona ao Sistema Único de Saúde (SUS) para compartilhar de uma concepção de saúde ampliada. A consolidação dessa relação é necessária para que se possa compreender o processo saúde-doença a partir de um conceito amplo de saúde, aquele capaz de ultrapassar as dimensões biológicas cristalizadas no início da formação na área de saúde. Esta visão ampliada abrange questões sociais, ambientais, biológicas, comportamentais apontando para a complexidade dos determinantes das condições de saúde da população tão discutido pelo projeto da Reforma Sanitária brasileira. Rebelatto e Botomé (1999), há muito destacam que o objeto de trabalho da saúde ainda está muito enraizado na doença, e na Fisioterapia esse problema é acentuado pois: “há uma absoluta atenção à doença” (p.18).

De acordo com Raymundo et al (2015, p. 222) “a Fisioterapia, ao buscar a integralidade amplia seu campo de ação, pois redimensiona o processo de reabilitação, passando a considerar as condições sociais do paciente na definição de sua proposta de intervenção. Seu olhar avança para além da condição clínica do paciente e para além do uso apenas de técnicas fisioterapêuticas, para além do espaço do ambulatório, da clínica ou do consultório, para além da doença, incorporando em suas ações uma visão multidimensional e interdisciplinar de saúde”.

A integralidade busca a superação do modelo fragmentário do cuidado à saúde, o que torna necessário uma reflexão sobre o modo como vêm sendo desenvolvidas as práticas nessa área. Sob esta perspectiva, o vínculo e a responsabilização são aspectos norteadores das relações profissionais/usuários, tendo o diálogo e a escuta como estratégias de integração.

A articulação entre educação em saúde e formação do profissional da saúde, ocorrem muitas vezes no espaço de sala de aula, mas apresentam-se de forma muito sutil e tênue, entretanto, segundo Gilly (2001) estão sempre presentes nas ações de ensino aprendizagem.

Referências

- BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. **Fisiobrasil**: Rio de Janeiro, 2002.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos**

serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília (1990 set. 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - (Pró-Saúde), 2014.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/234-sgtes/9603-pro-saude> Acesso em: 26/07/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html

BRASIL - Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.**

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 559 de 18 de setembro de 2017. Aprovar o Parecer Técnico nº 161/2017. **Dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia.** Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27612591_RESOLUCAO_N_559_DE_15_DE_SETEMBRO_DE_2017.aspx Acesso em: 28 de maio de 2018.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). **Construção da Integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003. 228p.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2003, vol.8, n.2, p.569-584. ISSN 1413-8123.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002 Acesso em 04/12/2017.

COSTA, Larissa R et al. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. **Revista Brasileira de fisioterapia**, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141335552012000500002&lng=pt&tlng=pt

DA ROS, Marco Aurélio. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: Marcos Bagrichevsky; Alexandre Palma Adriana Estevão; Marco Aurélio da Ros – org. **A saúde em debate na educação física.** Vol 2. Blumenau. Nova Letra, 2006. 240p.

FERREIRA, Ana Luísa Pinho Pinto; REZENDE, Mônica De. Reflections on the Production of the Formation of Physiotherapy in the Con-text of SUS. **Fisioter. mov.**, Curitiba , v. 29, n. 1, p.

37-44, Mar. 2016 . Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502016000100037&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Aug. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.029.001.AO03>.

FREIRE Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 34ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GAUER, Ana Paula Maihacket al . Ações de reorientação da formação profissional em Fisioterapia: enfoque sobre cenários de prática. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005012102&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 jul. 2017. Epub 29-Jun-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0852>.

GAVA Marcus Vinicius. **Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas**. UMESP: São Bernardo do Campo, 2004.

GHIZONI, Angela Carla; ARRUDA, Marina Patrício de; TESSER, Charles Dalcanale. A integralidade na visão dos fisioterapeutas de um município de médio porte. **Interface (Botucatu) [online]**. 2010, vol.14, n.35, pp. 825-837.

GIL, Antônio Carlos. Como classificar as pesquisas. In: Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4a ed. S.,o Paulo: Atlas; 2002.

GILLY, Michel. **As representações sociais no campo da educação**. In: JODELET, Denise. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2001.

KELL, Maria do Carmo Gomes. **Integralidade da atenção à saúde**, 2007. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatório/Arquivos/Destaque69.doc>. [Acesso em 29 jun 2007].

MACEDO, Lino de. Para uma psicopedagogia construtivista. In: ALENCAR, Eunice Soriano de. (Org.). **Novas contribuições da psicologia aos processos de ensino e aprendizagem**. São Paulo: Cortez, 1992. p. 119-140.

MATTOS, Rubens Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, set./out, 2004, vol.20, n.5, p.1411-1416. ISSN 0102-311X.

MATTOS, Rubens Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MATTOS Rubens Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (org). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003. 228p.

MERHY, Emerson Elias e org. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. 2004, 2. ed. Hucitec: São Paulo.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2006, 9ª ed. São Paulo: Hucitec.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 9. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unesco, 2004.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.

NEVES, Laura Maria Tomazi; ACIOLE, Giovanni Gurgel Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Revista Interface Comunicação Saúde Educação** v.15, n.37, p.551-64, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2011.v15n37/551-564/> Acesso em 31 de julho de 2018.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**. 32(4):492-499, 2008.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública** [online]. 1998, v. 32, n. 4 [cited 2009-03-29], pp. 299-316.

PAIM, Jairnilson S. **Saúde, crises, reformas**. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

PIZZANI, Luciana et al. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf.**, Campinas, v.10, n.1, p.53-66, jul./dez. 2012 – ISSN 1678-765X. Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/1896-2549-1-PB.pdf>. Acesso em: 12 de agosto de 2018.

PRATO, Darlene Del. Students' voices: The lived experience of faculty incivility as a barrier to professional formation in associate degree nursing education. **Nurse Education Today**, 2013, p. 286–290. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691712001840>. Acesso em 10/05/2017.

RAYMUNDO, Camila Sotello et al. A implantação do currículo baseado em competência na graduação de fisioterapia: a integralidade como eixo condutor. **ABCS Health Sci.** 2015; 40(3):220-228. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/799> Acesso em: 02 de maio de 2018.

REBELATTO, José Rúbens; BOTOMÉ, Sílvia Paulo. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole; 1999.

REZENDE, Mônica de. **A inserção do fisioterapeuta na atenção básica do SUS**. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública** (3ª ed.). São Paulo: Hucitec/ UNESP/ ABRASCO, 2006.

SANTOS, Boaventura de Sousa. O fim das descobertas imperiais. In: OLIVEIRA, Inês Barbosa & SGARB, Paulo. **Redes culturais, diversidades e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SERIANO, Kajena Nascimento; MUNIZ, Vivianne Ramos da Cunha; CARVALHO, Maria Ester Ibiapina Mendes de. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 250-255, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000300009&lng=en&nrm=iso>.access on 26 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502013000300009>.

SILVEIRA FILHO, Antonio Dercy et al. Assessing the potential effectiveness of oral health promotion strategies in primary health care in Brazil. **Publichealth**, 2017 p.47-50. Disponível

em: [http://www.publichealthjrnل.com/article/S0033-3506\(17\)30037-9/fulltext](http://www.publichealthjrnل.com/article/S0033-3506(17)30037-9/fulltext). Acesso em 11/05/2017.

STEDILE, Nilva Lucia Rech; et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 20(10): 2957-2971, 2015.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa e org. 2ª ed. **Tratado de saúde coletiva**. Hucitec, Fiocruz: Rio de Janeiro, 2007.

VASCONSELOS, Cipriano M. de; PASCHE Dario F. O Sistema Único de Saúde In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa e org. 2ª ed.. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 531–562.